Accord National des salariés non-cadres en agriculture – Frais de Santé

❑ BULLETIN D'ADHÉSION
❑ BULLETIN DE MODIFICATION

AGRICA PREVOYANCE
Proches par nature, engagés à vos côtés
AGRI PREVOYANCE
Groupama la vraie vie s'assure ici

À remplir par l'employeur en lettres capitales au stylo noir.

Identification de l'entreprise

Numéro SIRET : Code client Agrica (si déjà client) :

Raison Sociale :

Forme juridique : .....

Date de création de l'entreprise : / / Code NAF : Convention collective (N°IDCC):

Régime de base : : ❑ Régime Agricole OU ❑ Régime Général ❑ Hors Alsace-Moselle OU ❑ Alsace-Moselle

Adresse : .....

Code postal : Ville : ..... Pays .....

Téléphone : Portable :

Nom du correspondant : .....

Courriel du correspondant : ..... @ .....

Adhésion

Déclaration

Je soussigné(e) : .....
agissant en qualité de : .....
ayant pouvoir d'engager l'entreprise précitée.

Je déclare :

- Relever de l'Accord National du 10 juin 2008 sur une protection sociale complémentaire en Agriculture et la création d'un régime frais de santé.
- Accepter l'affiliation de l'ensemble des salariés de mon entreprise, présents et futurs, appartenant au groupe assuré. Celui-ci est constitué par l'ensemble des participants non cadres (ne relevant pas de la Convention Collective du 2 avril 1952 et ne relevant pas de la caisse de retraite complémentaire cadre en application des décisions de l'Agirc) de l'entreprise adhérente, sans condition d'ancienneté.

Adhésion au socle obligatoire conventionnel Frais de santé

Je déclare ☑ adhérer au socle obligatoire conventionnel Frais de santé des entreprises relevant de cet accord.

Choix de la structure tarifaire

Je choisis le type de cotisation et la structure tarifaire :

Type de cotisation	Structure tarifaire	
❑ Salarié à titre obligatoire et ses ayants droit à titre obligatoire	❑ Adulte / Enfant	❑ Isolé / Famille
❑ Salarié à titre obligatoire et ses ayants droits à titre facultatif	❑ Adulte / Enfant	❑ Isolé / Famille

Pour permettre à vos salariés d'étendre leurs garanties à leurs ayants droit, vous devez obligatoirement choisir l'une des structures tarifaires ci-dessus. La structure tarifaire choisie pour le socle obligatoire conventionnel s'appliquera au choix des options facultatives. A défaut de choix, la structure tarifaire adulte/enfant à titre facultatif s'appliquera.

Adhésion aux options nationales facultatives Frais de santé

Je choisis de renforcer les garanties du socle obligatoire conventionnel en optant pour :

❑ Option 1 * ❑ Option 2 * ❑ Option 3 *

* Les options 1, 2 et 3 sont automatiquement ouvertes à titre facultatif pour le salarié dès lors qu'elles n'ont pas été souscrites à titre obligatoire par l'entreprise. Les détails de ces garanties sont définis à l'Annexe aux Conditions Générales.

Adhésion des établissements de rattachement

Cette adhésion vaut pour mon entreprise et ses établissements présents et futurs.

Liste des SIRET des établissements de rattachement	
Numéro SIRET	Raison sociale

* Si vous disposez d'une liste de SIRET de rattachement plus longue, merci de nous faire parvenir cette liste sur un courrier à part.

Date d'effet

L'adhésion au contrat prend effet :

☐ le 1er jour du mois civil qui suit la réception du présent bulletin par AGRI PREVOYANCE.

☐ À la date suivante : ...../...../.....
Dans le cas où mon entreprise était déjà couverte par AGRI PREVOYANCE dans le cadre d'un précédent accord, je suis informé que cette adhésion sera résiliée de plein droit au profit de la présente adhésion.

Déclaration de l'entreprise

- Je confirme l'exactitude des déclarations qui sont portées sur le présent bulletin d'adhésion et demande l'adhésion de mon entreprise et de ses éventuels établissements de rattachement référencés ci-dessus sur la base de celles-ci.
- Je déclare avoir reçu et pris connaissance des Conditions générales du contrat et de son Annexe ainsi que du barème de cotisations associé.
- Je déclare avoir reçu la Notice d'information et son annexe et m'engage, conformément à l'article L. 932-6 du Code de la Sécurité sociale, à en remettre un exemplaire à chacun des salariés du groupe assuré, présents et à venir.
- Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative au traitement des données à caractère personnel figurant dans les Conditions Générales du Contrat qui m'ont été remises préalablement à l'adhésion et reconnais le caractère obligatoire des réponses à l'ensemble des questions posées.
- Je déclare avoir pris connaissance de l'information précontractuelle comprenant le document d'information sur le produit d'assurance, les informations d'ordre général ainsi que le devis valant avis de conseil.

Fait à : .....

Le : .....

Signature du représentant mandaté précédée de la mention "lu et approuvé" et du cachet de l'entreprise

Pièces à fournir avec le bulletin d'adhésion

- Copie d'un extrait de registre officiel datant de moins de 3 mois (Kbis de l'entreprise, extrait de déclaration d'association...).
- Copie de la Carte Nationale d'Identité du représentant légal de l'entreprise en cours de validité.
- Mandat SEPA complété avec les coordonnées bancaires de l'entreprise accompagné d'un RIB.

Document à retourner complété et signé, accompagné des pièces justificatives, à :

AGRI PREVOYANCE
21 rue de la Bienfaisance
75382 PARIS Cedex 08

Réservé à l'administration

Code Caisse régionale : ☐☐☐☐

Code vendeur : ☐☐☐☐☐☐☐☐

Nom vendeur : .....

Courriel vendeur : .....

Réf. 82375 - 01/2022. Conception : Dialogues Conseil